



# Formulario para agregar una persona

Para agregar personas de su casa a Healthy Families

## Instrucciones

- Use este formulario para las personas de su casa que usted quiera agregar a Healthy Families. Copie este formulario para agregar más de 4 personas.
- Use este formulario para bebés por nacer a más tardar en 90 días. Después de nacido el bebé, envíe una copia del documento de nacimiento a Healthy Families a más tardar en 30 días. La cobertura del bebé comenzará 13 días después de que recibamos el documento.
- Debe enviar una copia del **acta de nacimiento** de cada persona con ciudadanía o nacionalidad estadounidense a **más tardar en 2 meses**. Debe enviar una **prueba de la situación migratoria** de las personas que no tengan ciudadanía o nacionalidad estadounidense a **más tardar en 2 meses**.

## ¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta llame a Healthy Families al:

**1-866-848-9166**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., los sábados de 8 a.m. a 5 p.m

La llamada es gratuita.

**Family Member Number:**

Personas para agregar ➡		Persona 1 (Hijo por nacer)	Persona 2	Persona 3	Persona 4
Nombre ➡	Nombre				
	Segundo nombre				
	Apellido				
Apellido de nacimiento ➡ <i>(si es diferente al de arriba)</i>	Nombre				
	Segundo nombre				
	Apellido				
Dirección ➡ <i>(Si no es la misma del solicitante)</i>	Calle				
	Ciudad				
	Código postal				
Parentesco con el solicitante					
Sexo		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Fecha de nacimiento <i>(o fecha esperada)</i>					
Lugar de nacimiento Condado de California, otro estado u otro país)					

Hay más preguntas sobre estas personas en la página siguiente

**¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

<b>Personas para agregar, continuación ➔</b>		<b>Persona 1</b> (Hijo por nacer)	<b>Persona 2</b>	<b>Persona 3</b>	<b>Persona 4</b>
<b>Etnicidad</b> ¿Cuál es el origen étnico (cultural) de cada persona?		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> otro	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> otro
¿Ciudadanía o nacionalidad estadounidense?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si no, escriba la fecha de entrada a EE.UU.					
Número de Seguro Social: <i>(No tiene que escribir esto)</i>					
Nombre de la madre ➔ <i>(requerido para los niños)</i>	Nombre				
	Apellido				
¿La madre vive en el hogar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del padre ➔	Nombre				
	Apellido				
¿El padre vive en el hogar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la persona tiene ingresos ¿cuánto gana mensualmente? <i>Vea en el folleto Familiares e ingresos para saber qué escribir.</i>		\$	\$	\$	\$
		¿De dónde?	¿De dónde?	¿De dónde?	¿De dónde?
¿Esta persona tiene Medi-Cal sin costo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si así es, dé la fecha en que terminará la cobertura					

*Hay preguntas sobre estas personas en la página siguiente.*

**¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.**

Personas para agregar, <i>continuación</i> ➔	Persona 1 (Hijo por nacer)	Persona 2	Persona 3	Persona 4
<b>¿Esta persona tuvo seguro médico de algún patrón en los últimos 90 días?</b>  Si así es, marque el motivo de cancelación del seguro.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> perdió o cambió de trabajo <input type="checkbox"/> cambió de dirección, no hay seguro <input type="checkbox"/> el patrón terminó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> terminó la cobertura COBRA <input type="checkbox"/> alcanzó el máximo de la cobertura de beneficios <input type="checkbox"/> muerte, separación legal o divorcio <input type="checkbox"/> otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> perdió o cambió de trabajo <input type="checkbox"/> cambió de dirección, no hay seguro <input type="checkbox"/> el patrón terminó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> terminó la cobertura COBRA <input type="checkbox"/> alcanzó el máximo de la cobertura de beneficios <input type="checkbox"/> muerte, separación legal o divorcio <input type="checkbox"/> otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> perdió o cambió de trabajo <input type="checkbox"/> cambió de dirección, no hay seguro <input type="checkbox"/> el patrón terminó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> terminó la cobertura COBRA <input type="checkbox"/> alcanzó el máximo de la cobertura de beneficios <input type="checkbox"/> muerte, separación legal o divorcio <input type="checkbox"/> otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> perdió o cambió de trabajo <input type="checkbox"/> cambió de dirección, no hay seguro <input type="checkbox"/> el patrón terminó los beneficios para todos los empleados <input type="checkbox"/> terminó la cobertura COBRA <input type="checkbox"/> alcanzó el máximo de la cobertura de beneficios <input type="checkbox"/> muerte, separación legal o divorcio <input type="checkbox"/> otro: _____
Anote la fecha en que se canceló el seguro.				

**Adultos en la casa**

Nombre del adulto	Parentesco con el solicitante	Parentesco con los niños	Ingresos brutos (ingresos antes de descontar impuestos)	¿Qué tan seguido recibe dinero esta persona?
	Solicitante		\$	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes
			\$	<input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> una vez al mes

**¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.**



### Gastos

Gastos de guardería infantil que paga mensualmente por <u>niños menores de 2 años</u> . La cantidad máxima permitida es \$200.	\$ Envíe prueba
Gastos de guardería infantil que paga mensualmente por <u>niños de 2 años y mayores</u> . La cantidad máxima permitida es \$175.	\$ Envíe prueba
Gastos de cuidado que paga mensualmente por un dependiente incapacitado. La cantidad máxima permitida es \$175.	\$ Envíe prueba
Pensión por alimentos que paga mensualmente por orden de un juez.	\$ Envíe prueba
Mantenimiento infantil que paga mensualmente por orden de un juez.	\$ Envíe prueba
Por cada padre que trabaje deduciremos (restaremos) hasta \$90 de gastos de trabajo.	
¿Está embarazada la solicitante o alguien más de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Si así es ¿quién? _____	

Yo, el solicitante, certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que agregar familiares puede significar un aumento en la prima (cuota) mensual.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Permiso para enviar el formulario para agregar una persona a Medi-Cal:** Si esta persona/niño no reúne los requisitos para Healthy Families, solicito que este formulario sea enviado al condado y tratado como solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta hasta lo mejor de mi creer y entender. Por favor dé los números del Seguro Social de todos los solicitantes de todo el conjunto de beneficios de Medi-Cal.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_